

**Міністерство охорони здоров'я України  
Товариство токсикологів України  
Управління охорони здоров'я Чернівецької обласної  
держадміністрації  
Буковинська державна медична академія  
НДІ медико-екологічних проблем МОЗ України  
Інститут екогієни і токсикології  
ім. Л.І. Медведя МОЗ України  
Асоціація анестезіологів Чернівецької області**

**Проблеми діагностики, профілактики та  
лікування екзогенних та ендогенних  
інтоксикацій:**

**Тези доповідей  
Всеукраїнської науково-практичної конференції.  
м.Чернівці, 16-18 жовтня 2004 р.**

**м.Чернівці  
2004 р.**

**РОЗДІЛ I**  
**ОРГАНІЗАЦІЯ ТОКСИКОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ПРИ ГОСТРИХ**  
**ЕНДОГЕННИХ ТА ЕКЗОГЕННИХ ІНТОКСИКАЦІЯХ У**  
**ЛІКУВАЛЬНО-ПРОФІЛАКТИЧНИХ ЗАКЛАДАХ**

УДК 616-089:615.246.9(477.85)

**ЕКСТРАКОРПОРАЛЬНИЙ ГЕМОДІАЛІЗ НА БУКОВИНІ**

*С.О. Акентьєв, І.В.Гараздюк, М.Г. Безерко, І.О. Лупуляк, С.Г. Худа,  
 А.І. Гайсенюк, А.В. Фролов, М.Л. Кравчук*  
*Буковинська державна медична академія,  
 обласна клінічна лікарня, м. Чернівці*

Історія розвитку методів екстракорпоральної детоксикації на Буковині нараховує вже понад 40 років. Свій початок вона бере в далекому вже 1962 році, коли у відділенні реанімації обласної клінічної лікарні почалася підготовка до функціонування першого апарата “штучної нирки” (“АІП-140”). Зусиллями зав. відділення реанімації Халатурника І.В., а також практичних лікарів, об’єднаних бажанням підвищити ефективність лікування хворих з нирковою недостатністю, проведено перший сеанс екстракорпорального гемодіалізу. Відпрацьовуючи нову медичну технологію, яка була доступна на той час не всім центральним клінікам, лікарі з нечуваним ентузіазмом збиралися всім відділенням для проведення перших сеансів гемодіалізу.

Запровадження в практику інтенсивної терапії та реанімації екстракорпорального гемодіалізу покращило результати лікування хворих з гострою нирковою недостатністю різного генезу (краш-синдром, шок, сепсис, інфекційні захворювання, екзогенні отруєння). Хворі, у яких консервативна терапія ставала безперспективною, діставали шанс на одужання. Крім того, з’явилася можливість продовжити життя хворим з хронічною нирковою недостатністю при її загостренні, застосовуючи “штучну нирку” як паліативний засіб при гіперазотемії та гідратації організму до моменту перевodu пацієнта на хроніодіаліз. Це дало змогу створити в м. Чернівцях міжобласний центр “штучної нирки” в західному регіоні, де лікувалися хворі з сусідніх Івано-Франківської та Хмельницької областей. У 70-х роках відділення реанімації вже мало два апарати для екстракорпорального гемодіалізу типу “АІП-140” та систему іонно-обмінних смол для демінералізації води. Крім цього, для роботи “штучної нирки” у відділенні реанімації були співробітники, які забезпечували лабораторний контроль та інженерне обслуговування. Тривалий термін під час процедури гемодіалізу використовували багаторазовий гемодіалізатор з напівпроникливою мембраною з целофану. Підготовка апаратури та самої операції екстракорпорального гемодіалізу була досить тривалою і громіздкою.

Наукове керівництво започаткованою еферентною терапією взяв на себе курс анестезіології, який було створено при Чернівецькому державному медичному інституті 15 вересня 1967 року, на чолі з доцентом, к.мед.н. Стащуком В.Ф. На межі кінця 70-х і початку 80-х років, усвідомлюючи необхідність розширення застосування інших методів детоксикації, крім гемодіалізу, співробітниками курсу запроваджено гемосорбцію, лімфосорбцію, вакуумфільтрацію. З цього часу проведення гемодіалізу доповнювалося гемосорбцією та вакуумфільтрацією. На цей період припадає початок використання одноразових компактних пластинчатих гемодіалізаторів вітчизняного (“ДИП-02-02”) та капілярдіалізаторів закордонного виробництва (США, Японія). Звичайний термін проведення сеансу гемодіалізу (4 години двома баками діалізуючої рідини) при застосуванні сучасних діалізаторів та доповненні операції гемодіалізу сеансом гемосорбції скорочував тривалість операції до 2-3 годин. Ефективність процедури значно підвищилася. Щорічно 20-30 хворим на гостру та хронічну ниркову недостатність при лікуванні застосовувався гемодіаліз. Проте більшість хворих, яким необхідна була постійна діалізна терапія, лікувалася в основному в м. Львові та ін.

Починаючи з лютого 1992 року в практику інтенсивної терапії та реанімації впроваджено метод плазмосорбції. Відпрацьовувалася методика дискретного (фракційного) варіанту. Плазмосорбцію почали активно застосовувати у хворих на гостру ниркову та печінково-ниркову недостатність. Тактика ведення таких хворих передбачала проведення плазмосорбції в 1-2 день поступлення в стаціонар у фазі олігурії або олігоанурії (в середньому по 2 сеанси на хворого). За один сеанс очищали і повертали хворому до 1400-1600 мл плазми з використанням сорбентів типу “СКН”. Результатом лікування з включенням плазмосорбції було: покращання загального стану хворого, стабілізація або регрес ендотоксикозу; позитивна динаміка рівня метаболітів (наприклад, зниження загального білірубіну та його фракцій з 3-4 дня, азотистих шлаків – з 2-3 дня) і середньомолекулярних олігопептидів, зменшення жовтяниці. Суттєвим і, можливо, переломним моментом у лікуванні цих хворих було достовірне збільшення добового діурезу: з  $874,0 \pm 262,0$  до лікування до  $1600 \pm 203,0$  на третій день лікування, що корелювало з динамікою метаболітів та “середніх молекул” в крові. Застосування активної сорбційної детоксикації на початку лікування зменшувало накопичення токсичних речовин, що сприяло запобіганню виникнення анурії. Гемодіаліз застосовували лише в тих випадках, коли прогресувала олігурія з переходом в анурію.

На сьогодні на Буковині в обласній клінічній лікарні (гол. лікар Ушаков В.І.) функціонує окреме відділення гемодіалізу (зав. від. Безерко М.Г.), яке відкрито 01.05.01 року. Воно розраховано на 10 ліжок та 10 діалізних місць і працює в 3 зміни. У відділенні працюють підготовлені лікарі (6) та середній і молодший медичний персонал. Сучасний рівень функціонування забезпечується 5 апаратами “штучної нирки” Fresenius 4008S та гранумікстом на 100 л для приготування кислотного концентрату,

відповідним лабораторним та інженерним контролем. За необхідності лікування доповнюється проведенням плазмаферезу, ультрафільтрації та ультрафіолетового опромінення крові.

У відділенні гемодіалізу дістають лікування хворі як на хронічну, так і гостру ниркову недостатність. З 2001 по 2003 рік кількість хворих, яка була на діалізній терапії, збільшилася з 12 до 55, а кількість сеансів – з 906 до 3392 відповідно. Зараз у відділенні лікується 45 хворих. Географія місць проживання пацієнтів відділення охоплює м. Чернівці (21), а також 8 районів Чернівецької області (24). Відділення співпрацює з Буковинською державною медичною академією та інститутом хірургії та трансплантації АМН України, куди своєї черги на лікування чекають 13 хворих.

У відділенні велику увагу приділяють оптимізації діалізної терапії шляхом доповнення базової терапії іншими еферентними методами. Пацієнти, які перенесли трансплантацію нирки, отримують імунодепресанти (сандімум, селлсепт, метилпред), препарати для боротьби з анемією. Проте для хворих, які знаходяться на діалізі, не останню роль відіграє саме режим харчування, роботи та відпочинку, тобто все те, що об'єднує поняття „якість життя”. Остання залежить як від самого хворого, так і від його безпосереднього оточення та піклування держави.

З відкриттям відділення гемодіалізу розвиток еферентної терапії на Буковині дістав новий імпульс. Оскільки сучасна діалізна терапія є багатозатратною медичною технологією, то перспективи подальшої роботи напряду пов'язані з фінансуванням, яке має бути багатоджерельним і достатнім.